

## Hälsodeklaration Barn

Inför operation på



Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Tel anhörig: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_ Vikt: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Har, eller har ditt barn haft, något av följande?	Nej	Ja	Kommentarer
Varit inlagd på sjukhus?			
Blivit opererad tidigare?			
Tidigare fått narkos?			
Hjärtsjukdom?			
Astma/bronkit eller annan lungsjukdom?			
Diabetes?			
Leversjukdom?			
Njursjukdom?			
Epilepsi eller annan krampsjukdom?			
Led- eller muskelsjukdom?			
Blodbrist eller annan blodsjukdom?			
Finns det blödarsjuka i släkten?			
Någon smittsam sjukdom? (MRSA, ESBL, Hepatit, HIV?)			
Allergi eller överkänslighet mot något?			
Går barnet på kontroller för någon åkomma/sjukdom?			
Fått sjukvård utomlands de senaste 6 månader?			

**Tidigare operationer:**

\_\_\_\_\_

**Vilka (om några) mediciner får barnet regelbundet, (inklusive hälsopreparat)? Skriv preparat, styrka och dos:**

1: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

4: \_\_\_\_\_

Vid delad vårdnad ansvar jag för att den andra vårdnadshavaren är informerad.

Kan ni stanna med barnet under hela operationsdagen?

Ja

Nej

Samtycker ni att prover sparas i enlighet med biobankslagen?

Ja

Nej

Samtycker ni att vi tar del av journalanteckningar från andra vårdinrättningar?

Ja

Nej

Datum: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydningande: \_\_\_\_\_